

- 1 - Lesão Central de Células Gigantes Agressiva
- 2 - Cirurgia dos Corpos Estranhos da Face
- 3 - Remoção de Raízes Residuais com Limas Endodônticas

Aggressive Giant Cell Central Lesion

1 Lesão Central de Células Gigantes Agressiva

INTRODUÇÃO

A lesão central de células gigantes (LCCG) é definida pela OMS como uma lesão intra-óssea consistindo de tecido conjuntivo fibroso celular que contém múltiplos focos de hemorragia, agregados de células gigantes multinucleadas e, ocasionalmente, trabéculas ósseas (KAFFE et al., 1996; SOUZA et al., 1999). Representa uma lesão benigna dos maxilares de etiologia desconhecida (SOUZA et al., 1999; DAHLKEMPER et al., 2000).

A LCCG corresponde a aproximadamente 7% de todos os tumores benignos dos maxilares (KURTZ, MESA, ALBERTO, 2001; ÜSTÜNDAG et al., 2002). É mais comumente encontrada em crianças e adultos jovens e aproximadamente 65% dos casos ocorrem no sexo feminino. A região anterior da mandíbula é a mais acometida e a lesão apresenta radiograficamente um aspecto radiolúcido uni ou multilocular que frequentemente cruza a linha média. As lesões de maior diâmetro assumem uma tendência à multilocularidade (KAFFE et al., 1996; KURTZ, MESA, ALBERTO, 2001; CARLOS, SEDANO, 2002; ÜSTÜNDAG et al., 2002). A maioria das lesões de células gigantes é assintomática, sendo descobertas em exames de rotina. Entretanto, uma pequena quantidade de casos pode estar associada à dor, parestesia ou perfuração da tábua óssea cortical, resultando em ulceração da superfície da mucosa pela lesão subjacente (NEVILLE et al., 1998; ÜSTÜNDAG et al., 2002). Baseado no comportamento clínico, as lesões centrais de células gigantes têm sido classificadas em não-agressivas, que são as mais comuns e geralmente assintomáticas, de crescimento lento, não evidenciando perfuração cortical ou reabsorção radicular dos dentes envolvidos; ou agressivas, as quais são caracterizadas por dor, crescimento rápido, perfuração cortical e reabsorção radicular, com evidente tendência à recorrência (NEVILLE et al., 1998; DAHLKEMPER et al., 2000; O'REGAN, GIBB, ODELL, 2001; KURTZ, MESA, ALBERTO, 2001; CARLOS, SEDANO, 2002).

O tratamento preconizado para a LCCG é a excisão local por curetagem, com o índice de recorrência variando de 15 a 20%. As lesões agressivas apresentam uma maior tendência à recidiva, sendo indicadas cirurgias mais radicais para essas lesões (NEVILLE et al., 1998; BATAINEH, AL-KHATEEB, RAWASHDEH, 2002; ÜSTÜNDAG et al., 2002). Recentemente, outras alternativas terapêuticas têm sido empregadas, como a injeção intralesional de corticosteróides e o uso sistêmico de calcitonina, cuja efetividade não está ainda devidamente comprovada (KURTZ, MESA, ALBERTO, 2001; O'REGAN, GIBB, ODELL, 2001; CARLOS, SEDANO, 2002).

Frente ao exposto, o objetivo desse trabalho é relatar um caso de LCCG de comportamento clínico agressivo em um paciente jovem, bem como discorrer a respeito das características clínicas, radiográficas e histopatológicas da lesão, além das possíveis modalidades terapêuticas para a referida entidade.

- Márcio Campos Oliveira

Aluno do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral/UFRN; Professor Assistente do Curso de Odontologia / Universidade Estadual de Feira de Santana/BA

- Gustavo Pina Godoy

Aluno do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da FO/Natal/UFRN

- Ana Myriam Costa de Medeiros

Professora Doutora da Disciplina de Diagnóstico Oral da FO/Natal/UFRN

- Maria A. Montenegro Nesi

Aluna do Curso de Doutorado do Centro de Ciências da Saúde/UFRN e Professora da Disciplina de Cirurgia Buco-Maxilar do Departamento de Odontologia da FO/Natal/UFRN

- Antonio de Lisboa Lopes Costa

Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da FO/Natal/UFRN

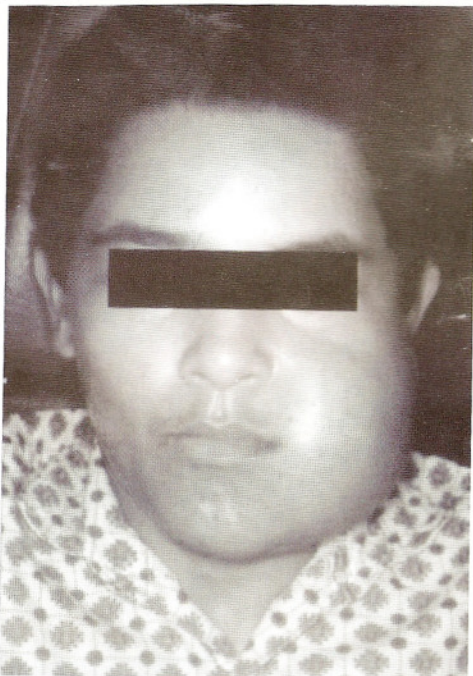


Fig. 1 - Aspecto extra-oral da lesão.

RELATO DO CASO

Paciente U. M. H., gênero masculino, 13 anos, leucoderma, apresentou-se à Clínica de Estomatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com queixa de amplo aumento de volume do lado esquerdo da face, assintomático e com duração de aproximadamente 3 meses. Segundo relatos do paciente, foi instituída antibioticoterapia prévia sem sucesso, não havendo relato de nenhuma doença sistêmica. Ao exame físico extra-oral, verificou-se extensa assimetria do lado esquerdo da face, com linfonodos submandibulares palpáveis (Figura 1). No exame intra-oral, observou-se uma massa nodular de consistência ora friável ora endurecida, de coloração vermelho-violácea, com tamanho aproximado de 5cm no lado esquerdo da mandíbula, envolvendo o rebordo alveolar e a mucosa jugal (Figura 2). Na radiografia panorâmica, evidenciou-se uma ampla imagem radiolúcida de limites imprecisos, envolvendo a região de corpo e ramo da mandíbula, com a presença da unidade 37 "flutuante" (Figura 3). Frente ao quadro clínico, foi levantada a hipótese diagnóstica de osteossarcoma. Outros recursos de imagem foram solicitados, dentre eles a tomografia computadorizada (Figura 4) e a tomografia 3D. O paciente foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para a realização de biópsia incisional, cujo resultado do exame histopatológico foi lesão central de células gigantes. No intuito de afastar a possibilidade de um tumor marrom do hiperparatireoidismo, foram solicitadas as dosagens de cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e PTH, que se apresentaram normais. O paciente foi encaminhado ao Hospital Dr. Luiz Antonio - Natal (RN) para a realização do tratamento, que consistiu de hemimandibulectomia. O diagnóstico de lesão central de células gigantes foi confirmado após o estudo histopatológico do espécime cirúrgico (Figura 5).

DISCUSSÃO

A LCCG é uma lesão osteolítica benigna que usualmente



Fig. 2 - Aspecto intra-oral da lesão.

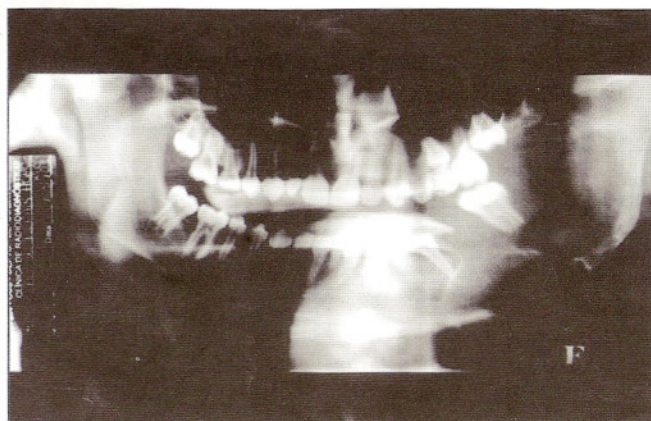


Fig. 3 - Radiografia panorâmica evidenciando ampla destruição óssea, com a unidade 37 "flutuante".

acomete maxila, mandíbula e ossos faciais, composta por uma população de células mononucleadas e células gigantes multinucleadas (O'REGAN, GIBB, ODELL, 2001). A maioria dos autores concorda que a sua etiologia é desconhecida, sendo aventada a histogênese das células gigantes multinucleadas a partir de células derivadas provavelmente da linhagem histiocítica/macrofágica ou osteoclástica, enquanto as células mononucleadas teriam origem a partir de fibroblastos e miofibroblastos ativos (O'MALLEY et al., 1997; TIFEE, AUFDEMORTE, 1997; DAHLKEMPER et al., 2000).

A LCCG acomete mais freqüentemente pacientes jovens do gênero feminino, sendo a região anterior da mandíbula referida como a mais acometida (KAFFE et al., 1996; NEVILLE et al., 1998; SOUZA et al., 1999; KURTZ, MESA, ALBERTO, 2001; CARLOS, SEDANO, 2002). No caso ora relatado, a lesão acometeu um paciente do gênero masculino, localizando-se na região posterior da mandíbula, contrastando com a prevalência epidemiológica da referida entidade, apesar de afetar um paciente em tenra idade. Clinicamente as lesões apresentam-se predominantemente assintomáticas e de crescimento lento, sendo classificadas como lesões não-agressivas. Entretanto, as lesões que apresentam crescimento rápido, sintomatologia dolorosa e perfuração da cortical óssea, corresponderiam à forma agressiva (O'MALLEY et al., 1997; DAHLKEMPER et al., 2000; O'REGAN, GIBB, ODELL, 2001; CARLOS, SEDANO, 2002). Regezi e Sciubba (2000) admitem a possibilidade da existência do tumor de células gigantes nos ossos maxilares, representando

do um neoplasma verdadeiro. No presente relato a lesão assumiu grandes proporções, envolvendo considerável área na região posterior esquerda da mandíbula, o que nos fez conjecturar, a partir dos relatos dos autores anteriormente citados, tratar-se da variante neoplásica da LCCG.

Histologicamente, a lesão é constituída por uma população de células mononucleadas ovóides ou fusiformes, bem como uma população de células gigantes multinucleadas em um estroma fibroso ricamente vascularizado, achados esses comprovados no caso em questão (O'MALLEY et al., 1997; NEVILLE et al., 1998; RUGGIERI et al., 1999). A literatura especializada, de um modo geral, afirma que as formas agressiva e não-agressiva apresentam o mesmo aspecto histopatológico (O'MALLEY et al., 1997; TIFEE, AUFDEMORTE, 1997; NEVILLE et al., 1998). Entretanto, Dahlkemper et al. (2000) e Regezi e Sciubba (2000) afirmam que as células gigantes presentes na forma agressiva são maiores e apresentam mais núcleos quando comparadas com a forma não-agressiva. Segundo O'Malley et al. (1997) e Souza et al. (1999), a marcação imunohistoquímica por PCNA e Ki-67 sugerem que as células mononucleares representam a população celular proliferativa da lesão.

A LCCG apresenta como possíveis diagnósticos diferenciais a displasia fibrosa monostótica, o querubismo, o tumor marrom do hiperparatireoidismo e o cisto ósseo aneurismático. Essas três últimas entidades apresentam um aspecto histopatológico bastante semelhante ao da lesão central de células gigantes, o que pode dificultar sobremaneira o diagnóstico (TIFEE, AUFDEMORTE, 1997; RUGGIERI et al., 1999; REGEZI, SCIUBBA, 2000; ÜSTÜNDAG et al., 2002).

As lesões agressivas requerem intervenções cirúrgicas mais radicais, como a ressecção, devido ao fato de apresentarem consideráveis taxas de recorrência com tratamentos mais conservadores (SOUZA et al., 1999; REGEZI, SCIUBBA, 2000; BATAINEH, AL-KHATEEB, RAWASHDEH, 2002; CARLOS, SEDANO, 2002). No presente caso, devido ao comportamento clínico agressivo da lesão e após a realização da biópsia incisiva com diagnóstico histopatológico de LCCG, optou-se por um procedimento cirúrgico mais radical, corroborando a indicação terapêutica relatada pelos autores anteriormente citados para as lesões de possível comportamento tumoral. Outras formas terapêuticas têm sido citadas, como a injeção intralesional de corticosteróides e o tratamento sistêmico com a calcitonina, que têm apresentado resultados animadores, não obstante a eficiência não esteja ainda devidamente comprovada (TIFEE, AUFDEMORTE, 1997; KURTZ, MESA, ALBERTO, 2001; O'REGAN, GIBB, ODELL, 2001; CARLOS, SEDANO, 2002). De conformidade com Üstündag et al. (2002), o tratamento radioterápico é contra-indicado devido à possibilidade de transformação maligna.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, o relato do caso ora apresentado vem enfatizar um possível comportamento neoplásico para alguns casos de LCCG, indicando, portanto, a necessidade de um tratamento cirúrgico mais radical, bem como um acompanhamento clínico criterioso para tais lesões.

COMO ANUNCIAR NA RGO

A revista RGO possibilita várias alternativas publicitárias para quem deseja se comunicar com os assinantes e participantes dos seus cursos, como também utilizar seu conteúdo para distribuição.



ESPAÇOS PUBLICITÁRIOS

Sua chance para alcançar dentistas com poder diferenciado de consumo e opinião

REPRINTS DOS ARTIGOS

Reimpressão de matérias ou artigos específicos, com possibilidade de anexar anúncios.

LOTES DE ASSINATURAS

Adquira assinaturas com preços diferenciados para distribuir para seus colegas, indicadores, clientes...

CURSOS PROMOCIONAIS

Desenvolvemos os mais diversos cursos: pessoal, de terceiros, no exterior...

CONTEÚDO PARA USO

A RGO pode fornecer o conteúdo editorial que necessita para sites, jornais, malas-diretas e outras publicações.

PARA ANUNCIAR:



FONE: (51) 32-48-57-55



FAX: (51) 32-48-32-48



CELULAR: (51) 99-13-95-96



E-MAIL: rgo@rgo.com.br

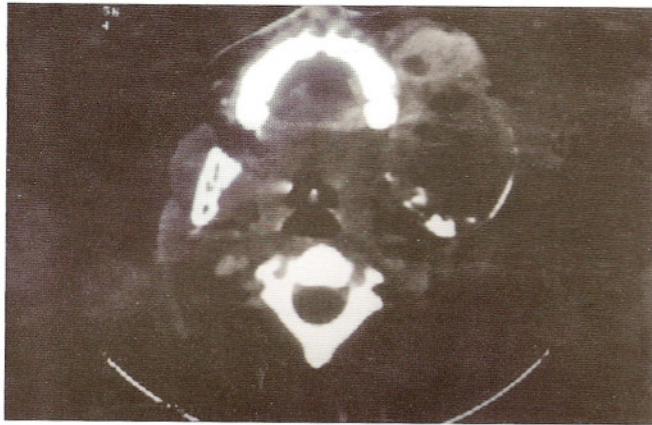


Fig. 4 - Tomografia computadorizada evidenciando extensa lesão no corpo mandibular do lado esquerdo.

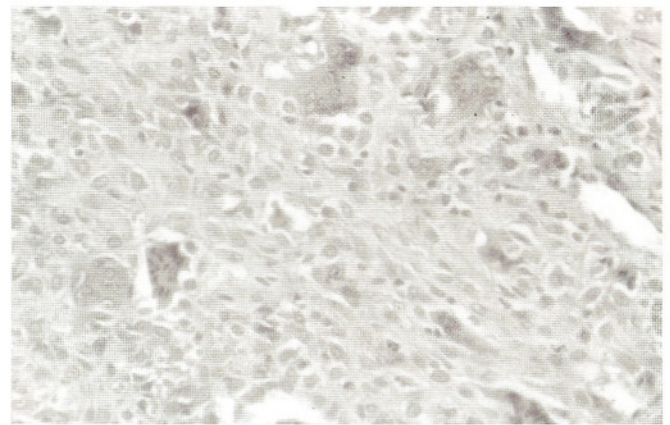


Fig. 5 - Fotomicrografia exibindo proliferação de células mononucleadas, bem como células gigantes multinucleadas em um estroma fibrovascular (H/E, 200x).

RESUMO

A lesão central de células gigantes (LCCG) é uma lesão osteolítica benigna dos ossos maxilares que acomete principalmente pacientes jovens e do gênero feminino, sendo a região anterior de mandíbula mais freqüente afetada. Quanto ao comportamento clínico, pode ser dividida em duas categorias: as lesões agressivas e as não-agressivas. Os autores se propõem a relatar um caso de LCCG de comportamento agressivo em um paciente jovem e do gênero masculino, bem como discutir as características clínicas, histológicas e terapêuticas da referida lesão.

Palavras-Chave: Lesão Central de Células Gigantes; Células Gigantes; Patologia Óssea.

SUMMARY

Giant cell central lesion (GCCL) is a benign osteolytic pathology of the jaws that occurs predominantly in young women patients. Furthermore, the anterior region of the mandible represents the most common affected anatomical site by GCCL. According to its clinical behavior, the GCCL can be divided into two patterns: the aggressive and the non-aggressive. The authors report a case of an aggressive GCCL in a young man and also discuss the clinical, radiographic and histological features of this lesion.

Uniterms: Giant Cell Central Lesion; Giant Cell; Bone Pathology.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEREDO, A.P.R.; ALBUQUERQUE JR, R.L.C.; FREITAS, R.F. Estudo epidemiológico de lesões centrais de células gigantes dos maxilares. *Rev Saúde*, v.12, n.1, p:5-11, jan.1998.
2. BATAINEH, A.B.; AL-KHATEEB, T.; RAWASHDEH, M.A. The surgical treatment of central giant cell granuloma of the mandible. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v.60, p.756-761, 2002.
3. CARLOS, R.; SEDANO, H.O. Intralesional corticosteroids as an alternative treatment for central giant cell granuloma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.93, n.2, p:161-166, Feb.2002.
4. DAHLKEMPER, P.; WOLCOTT, J.F.; PRINGLE, G.A. et

- al. Periapical central giant cell granuloma: A potencial endodontic misdiagnosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.90, n.6, p:739-745, Dec.2000.
5. KAFFE, I.; ARDEKIAN, L.; TAICHER, S. et al. Radiologic features of central giant cell granuloma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.81, n.6, p:720-726, Jun.1996.
6. KURTZ, M.; MESA, M.; ALBERTO, P. Treatment of a central giant cell lesion of the mandible with intralesional glucocorticosteroids. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.91, n.6, p:636-637, Jun.2001.
7. NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1998, 705p.
8. O'MALLEY, M.; POGREL, M.A.; STEWART, J.C.B. et al. Central giant cell granulomas of the jaws: phenotype and proliferation-associated markers. *J Oral Pathol Med*, v.26, n.4, p:159-163, Apr.1997.
9. O'REGAN, E.M.; GIBB, D.H.; ODELL, E.W. Rapid growth of giant cell granuloma in pregnancy treated with calcitonin. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.92, n.5, p:532-538, Nov.2001.
10. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. *Patologia bucal: correlações clínico-patológicas*. 3ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2000, 475p.
11. RUGGIERI, M.; PAVONE, V.; POLIZZI, A. et al. Unusual form of recurrent giant cell granuloma of the mandible and lower extremities in a patient with neurofibromatosis type 1. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.87, n.1, p:67-72, Jan.1999.
12. SOUZA, P.E.A.; PAIM, J.F.O.; CARVALHAIS, J.N. et al. Immunohistochemical expression of p53, MDM2, Ki-67 and PCNA in central giant cell granuloma and giant cell tumor. *J Oral Pathol Med*, v.28, p.54-58, 1999.
13. TIFTEE, J.C.; AUFDEMORTE, T.B. Markers for macrophage and osteoclast lineages in giant cell lesions of the oral cavity. *J Oral Maxillofac Surg*, v.55, n.10, p:1108-1112, Oct.1997.
14. ÜSTÜNDAG, E.; ISERI, M.; KESKIN, G. et al. Central giant cell granuloma. *Int J Ped Otorhinolaryngol*, v.65, p:143-146, 2002.